

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 12

DU ROLE DE LA BLENNORRHAGIE
DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA
SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE
ET DU
Rhumatisme chronique vertébral

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Novembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jules RIOLLET

Né le 20 juillet 1876, à Lafat (Creuse)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}
3, Rue Stella, 3

1903

DU ROLE DE LA BLENNORRHAGIE
DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA
SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE
ET DU
Rhumatisme chronique vertébral

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 12

DU ROLE DE LA BLENNORRHAGIE

DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA

SPONDYLOSE RHIZOMÉLIQUE

ET DU

Rhumatisme chronique vertébral

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Novembre 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jules RIOLLET

Né le 20 Juillet 1876, à Lafat (Creuse)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^e

3, Rue Stella, 3

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		X...
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.)
		SOULIER.
		FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire	DOYON.
---	--------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON (A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BONDET, *Président*; M. DOYON, *Assesseur*;
MM. COLLET et PAVIOT, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage d'une profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE le DOCTEUR FERNAND RIOLLET

A MES MAÎTRES

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

C'est à l'Hôtel-Dieu, dans la clinique médicale de M. le professeur Bondet, que nous avons eu la première idée de ce travail, à l'occasion d'un malade qui nous était présenté avec le diagnostic de *spondylose rhizomélique d'origine blennorrhagique*.

Nous avons recueilli une dizaine d'observations de la même maladie, dans lesquelles la blennorrhagie nous semblait constituer un facteur étiologique important.

Dans un premier chapitre nous définirons la spondylose et donnerons les raisons qui nous font admettre qu'elle n'est qu'une forme de rhumatisme chronique déformant.

Dans notre chapitre II, avec l'étude de nos observations nous discuterons le rôle de la blennorrhagie dans l'étiologie de cette affection.

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux d'exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Bondet, dont l'enseignement nous aura été précieux

entre tous pour notre pratique médicale, et qui nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

M. le professeur agrégé Paul Courmont, médecin des hôpitaux, a bien voulu nous communiquer le résultat de ses séro-diagnostics. Nous ne saurions non plus l'oublier.

Tout particulièrement nous tenons à remercier M. le Dr Cade, chef de clinique, à qui nous nous sommes adressé tout d'abord ; nous l'avons importuné bien souvent, et c'est avec la plus grande amabilité qu'il nous a consacré son temps et sa peine ; c'est à lui que nous devons d'avoir fait ce travail, grâce aux observations inédites et aux renseignements précis qu'il nous a procurés : nous ne l'oublierons pas ; nous regrettons que le temps ne nous ait pas permis de tirer un meilleur parti de ses conseils éclairés.

CHAPITRE PREMIER

Qu'est-ce que la spondylose rhizomélique ?

Le 11 février 1898, M. Pierre Marie présentait à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, deux malades atteints d'une nouvelle affection à laquelle il imposait le nom de spondylose rhizomélique (σπόνδυλος, vertèbre; ῥίζα, racine; μέλος, membre) et dont il donnait la description suivante : « Ce qui caractérise cette forme morbide, c'est la coexistence d'une soudure de tout ou presque tout le rachis, avec une ankylose complète des deux articulations coxo-fémorales, et une limitation plus ou moins prononcée des mouvements dans les articulations scapulo-humérales, les petites articulations des extrémités demeurant intactes. »

Un an plus tard, à la même Société, Marie et Léri apportaient l'autopsie d'un cas de spondylose rhizomélique et, à cette même séance du 24 février 1899, Raymond donnait l'observation d'un malade atteint de cette nouvelle entité ; dès le mois d'octobre 1898, un important mémoire de Feindel et Froussard dans la

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière avait contribué aussi à fixer les traits de la maladie de Marie. Depuis, des observations ont surgi de toutes parts provoquant de nombreuses discussions : qu'il nous suffise de citer les noms de Milian, Gasne, Méry, Rendu, Renault, en France ; l'Allemagne apportait sa contribution à l'étude de la spondylose avec de Beer, Koehler, Bechterew, Heilighenthal ; le premier en date, Stümpell, avait publié en 1897, une observation d'ankylose de la colonne vertébrale, antérieure par conséquent à la publication de P. Marie ; l'Angleterre avec Sachs et Frœnkel, Dana ; l'Italie avec Ascoli et Gabbi s'étaient aussi préoccupées de l'affection.

Enfin, en 1899, sous le titre de : « Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique » paraissent presque simultanément deux thèses, celle de Boyer, à Toulouse, celle de Markuszewski à Paris, dans lesquelles avec des cas nouveaux les cas anciens sont étudiés, la maladie décrite dans son ensemble : définition, symptomatologie, évolution, étiologie, anatomie pathologique, diagnostic et traitement.

Mais pendant ce temps la spondylose était-elle restée l'affection au cadre bien défini avec tous les caractères que lui avait assignés Marie ?

Parmi les nombreuses observations publiées jusqu'à ce jour sous l'étiquette de spondylose, il en est bien peu qui répondent au type primitivement décrit ; si la plupart des malades étaient condamnés à une inactivité à peu près complète, cependant leur impotence souvent n'en fait pas des infirmes au même degré que les malades présentés par Marie.

On peut résumer ainsi les principaux caractères de la maladie : 1° ankylose progressive du rachis, des articulations coxo-fémorales et scapulo-humérales, à l'exclusion des petites jointures; 2° début par la région sacrée; 3° seuls les hommes sont atteints et seulement à l'âge adulte.

En prenant une à une les observations publiées, comme l'a fait Jouve dans sa thèse, nous pourrions faire à beaucoup d'entre elles de graves critiques. Dans certains cas, comme dans celui de Raymond, l'ankylose n'est pas absolue : c'est seulement de la raideur qui est du reste susceptible de régression et d'amélioration très franche; il y a des formes curables, nous avons vu une ankylose prise pour un mal de Pott persistant des mois, puis disparaissant sous l'influence du traitement (Obs. I.). Nous sommes convaincus que ces cas doivent néanmoins être rangés à côté de la spondylose dont ils ne sont peut-être que la première étape, et dont ils peuvent revêtir le masque pendant un certain temps; dans d'autres cas pourtant très nets l'affection débute par la région cervicale et suit au contraire une progression descendante, l'ankylose n'étant d'ailleurs pas complète, dans les articulations de la racine des membres; tel est le cas d'une observation de Marie qu'il avait rangée tout d'abord dans les pseudo-rhumatismes infectieux chroniques.

Une observation de Gasne enfin signale une spondylose typique chez une femme, et dont l'évolution d'ailleurs semblait favorable, comme dans les observations allemandes de Beer et de Strümpell.

Enfin il est rare de voir l'ankylose se localiser uniquement à la colonne et aux articulations de la racine des membres : on note souvent tout au moins des craquements dans les articulations du pied, du genou, des doigts, des poignets, des coudes (dans certaines observations de Marie lui-même), et aussi parfois des déformations dans ces mêmes articles.

Il y a donc des formes légères et des formes anormales de spondylose et les caractères si distinctifs qu'on avait assignés à cette affection ne devaient pas être conservés dans toute leur rigueur.

Du reste, tandis qu'en Allemagne on se plaisait à publier chaque jour de nouvelles observations, en Angleterre et en Italie des voix s'élevaient pour repousser cette nouvelle entité.

Vittorio Ascoli publie une observation dans laquelle on note, en plus des signes de la spondylose, des atrophies des membres, des craquements et de la limitation dans les mouvements des genoux.

Sachs et Frœnkel refusent toute autonomie à la maladie de Marie; ils étudient les deux types cliniques de l'ankylose vertébrale: le type de Von Bechterew qu'ils éliminent en disant qu'il constitue non une entité, mais une forme secondaire de rigidité spéciale; le type de Strümpell-Marie dont ils font une forme grave de rhumatisme articulaire et d'arthrite déformante, différent par le degré et la localisation.

Mais dans la séance du 24 février 1899, Rendu n'avait-il pas déjà émis cette opinion? » Ne peut-il y avoir, disait-il, une relation entre le rhumatisme et les déformations de la colonne vertébrale que vient

de nous présenter M. Marie ? » et il présentait une malade de son service qui avait de l'ankylose de la colonne vertébrale, mais dont les articulations scapulo-humérales et coxo-fémorales étaient intactes.

Le 14 avril 1899, Rendu disait encore en présentant un malade. « Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que l'association de l'ankylose cervicale et de l'arthrite sèche scapulo-humérale représente une étape intermédiaire entre le rhumatisme vertébral et la maladie décrite par Marie sous le nom de spondylose rhizomélique. »

Dans son enseignement oral à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous avons entendu M. le professeur Bondet insister sur cette idée que la spondylose n'est qu'une variété de rhumatisme chronique déformant.

Récemment, M. le professeur Lépine, soutenait la même opinion à la Société nationale de Médecine de Lyon.

Enfin, s'inspirant des travaux de MM. Tessier et Roque, Jouve, dans sa thèse, établit longuement les relations de la spondylose avec le rhumatisme déformant.

Les faits cliniques plaident en faveur de cette opinion : dans le rhumatisme comme dans la spondylose on peut observer soit l'ankylose osseuse, complète, totale, ne permettant pas le moindre mouvement dans les articulations, soit une ankylose incomplète dans laquelle sous anesthésie on obtient des mobilisations partielles et des déplacements latéraux des surfaces articulaires.

La progression partout est régulière, mathématique, systématique dans le rhumatisme déformant : c'était un des caractères décrits par Marie pour la spondylose. On observe dans les deux cas les mêmes douleurs violentes du début, puis les craquements articulaires, la déformation, l'immobilisation et enfin l'ankylose. La localisation sans doute est souvent différente ; mais n'avons-nous pas vu que dans certaines observations, classées dans la spondylose, la colonne vertébrale n'est pas affectée dans sa totalité ? parfois on remarquera l'ankylose d'un orteil du pied droit, d'une articulation temporo-maxillaire gauche, des craquements dans un genou ou de la limitation dans les mouvements ; enfin, il est fréquent d'observer des nodosités de Bouchard surtout au médius et à l'annulaire, comme nous le remarquons dans les observations de Marie :

Les cas d'autopsie de spondylose nous révèlent des lésions identiques à celles du rhumatisme chronique à une période avancée : ossification des disques intervertébraux et des ligaments jaunes ; ankylose des apophyses entre elles, ankylose des côtes avec les corps vertébraux et lésions de périarthrite : pour les deux affections les descriptions sont superposables (Teissier et Jouve).

Mais c'est surtout la pathogénie qui a fourni aux différents auteurs des arguments qui permettent de faire entrer la spondylose dans le cadre des rhumatismes chroniques déformants ; cependant les notions pathogéniques concernant le rhumatisme chronique sont encore bien obscures, et cela en raison surtout

de la diversité ou de l'obscurité ou de la multiplicité des causes. Mais l'étude étiologique montre que celles-ci sont en général les mêmes que celles du rhumatisme le plus vulgaire.

C'est en nous appuyant sur ces considérations étiologiques, sur lesquelles nous insisterons, que nous nous permettrons de rattacher la spondylose rhizomélique au rhumatisme chronique progressif déformant et polyarticulaire.

M. P. Marie a eu le grand mérite de forcer l'attention des cliniciens sur cette variété curieuse de localisation de l'ankylose rhumatismale. Dans les deux affections c'est souvent le froid humide et prolongé qui est la cause originelle ; dans certains cas la maladie semble due à d'autres influences, traumatismes, maladies infectieuses, misère sociale et physiologique, alcoolisme... L'absence d'étiologie fut un des caractères distinctifs de la spondylose ; Marie avait même parlé « d'une infection particulière ».

Les travaux parus sur ce sujet, les thèses de Boyer à Toulouse, de Cazal à Paris n'ont que des renseignements insignifiants sur l'étiologie. Renault (cf. obs. VIII) accuse surtout l'alcoolisme.

Pendant longtemps, en dehors du rhumatisme proprement dit, c'est la blennorrhagie surtout qu'on a incriminée et nous reviendrons longuement sur ce facteur étiologique dans notre chapitre suivant.

Léri dans son article de la *Revue de Médecine* de 1899 dit que la spondylose a une « origine parfois diathésique et probablement plus souvent infectieuse ou toxi-infectieuse. »

Pendant ces dernières années les remarquables travaux de M. le Professeur Poncet sur les rapports de la tuberculose avec les manifestations rhumatismales devaient faire rechercher si le bacille de Koch ou ses toxines ne pouvaient pas être susceptibles de produire le rhumatisme chronique déformant.

Nous voyons signalée dans la thèse de M. Barjon (Lyon 1897) une forme non encore décrite, « la *polyarthrite tuberculeuse, déformante, ou pseudo-rhumatisme chronique, déformant, tuberculeux*. »

Cette même année M. Poncet fit au congrès français de chirurgie (Paris 1897) une communication sur le *pseudo-rhumatisme chronique tuberculeux*.

Depuis ce temps les travaux de MM. Bérard et Destot, Dor, Patel, Mailland, ont contribué à l'étude des formes tuberculeuses du rhumatisme chronique.

Enfin le 10 juillet 1903, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, M. Poncet communique un cas de *rhumatisme tuberculeux ankylosant*, son malade réalise un type de spondylose rhizomélisque ; la réaction par la tuberculine a été positive, et le diagnostic a été confirmé par M. P. Courmont qui donna de la séro-réaction les résultats suivants : « très positive, agglutination complète à 1 p. 15 et au-delà, en deux heures. »

Et M. Poncet émettait l'idée que la spondylose rhizomélisque pouvait bien n'être qu'une modalité de rhumatisme tuberculeux.

Depuis, MM. Pic et Bombes de Villiers ont fait à la Société de médecine de Lyon le 27 juillet 1903 une communication confirmant entièrement, avec vérification

nécropsique, que la maladie de Marie peut être de nature tuberculeuse.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ces faits : qu'il nous suffise, pour l'instant, de conclure que ces données étiologiques, invoquées aussi bien dans la spondylose que dans le rhumatisme chronique déformant, nous fournissent un argument sérieux pour affirmer que la première de ces affections n'est qu'une variété de la seconde.

CHAPITRE II

Du rôle étiologique de la blennorrhagie dans la spondylose

Depuis longtemps on sait que la blennorrhagie attaque volontiers les articulations et le rhumatisme blennorrhagique constitue une forme spéciale nettement différenciée par ses caractères cliniques, par la localisation et la marche des accidents ; un des caractères dominants de cette affection, c'est la tendance à la chronicité.

Comme dans la forme aiguë, le rhumatisme chronique d'origine blennorrhagique peut envahir toutes les articulations, même celles que n'atteint que plus rarement la polyarthrite rhumatismale, telles les articulations sterno-claviculaires, temporo-maxillaires et celles de la colonne vertébrale : depuis que Fournier et ses élèves ont attiré l'attention sur ces faits, on en a publié un certain nombre d'exemples ; mais la localisation vertébrale du rhumatisme blennorrhagique est encore rarement signalée,

D'autre part dans ses premiers travaux sur la spondylose rhizomélique, Marie insistait sur l'absence de toute donnée étiologique précise ; et la constatation d'une blennorrhagie à l'origine de déterminations articulaires chroniques chez un malade présentant cependant tous les signes de la spondylose, suffisait à lui faire rejeter impitoyablement ce diagnostic.

En effet, le jour où il présentait ses deux premiers malades à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Marie disait : « Quant à l'étiologie, les renseignements sont jusqu'à présent insuffisants pour qu'on puisse se faire une idée de la cause de la spondylose rhizomélique. Il n'est pas improbable que le froid humide joue un certain rôle ; la blennorrhagie en tout cas n'en joue aucun. »

Mais bien vite la blennorrhagie a paru exister à l'origine de quelques autres cas nettement observés de spondylose ; et un an plus tard, en 1899, Marie n'était plus aussi intransigeant alors que Raymond demandait des renseignements sur l'étiologie de cette maladie. « Chez un de mes malades, disait-il, l'affection est sous la dépendance de la blennorrhagie, mais il doit y avoir plusieurs causes, peut-être même s'agit-il d'une infection particulière. » C'est alors que Raymond publiait le cas qui fait le sujet de notre observation III.

Peu de temps après ces discussions, Rendu présentait un nouveau cas de spondylose à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, et insistait sur l'étiologie ; il pensait que la localisation de la blennorrhagie sur les articulations de la colonne était relativement fréquente et que cette cause devait être soigneusement

recherchée chaque fois que l'on était en présence d'une arthropathie de siège insolite ; il communiquait à l'appui de cette opinion un cas très net que nous reproduisons et sur lequel nous aurons à revenir ; mieux encore cette blennorrhagie lui fournissait un argument pour rattacher la maladie de Marie au rhumatisme vertébral : « L'analogie se complète, disait-il, si dans quelques cas de cette curieuse affection on a relevé comme élément étiologique la blennorrhagie. » Et plus loin : « Il faudrait peut-être envisager la nouvelle affection décrite par Marie comme le terme ultime d'une arthrite vertébrale dont les diverses étapes se développeraient successivement, et dont la blennorrhagie pourrait être souvent la première cause. »

Tel n'était pas l'avis de Renault dont nous discuterons plus loin une observation ; celui-ci publie en effet deux cas à la Société de dermatologie et de syphiligraphie ; à propos de l'un d'eux dans lequel on relevait plusieurs atteintes gonococciques, il rappelait l'impossibilité de distinguer une arthrite chronique blennorrhagique de lésions articulaires semblables dérivant d'autres causes et il réclamait comme critérium indispensable au diagnostic la découverte du gonocoque dans les articulations atteintes.

A peu près à la même époque, Ch. Dana dans *The Medical News*, rapporte un cas de Bradford, déjà ancien, d'ankylose de la colonne nettement consécutif à des attaques successives de rhumatisme blennorrhagique.

Nous avons puisé largement dans un article publié

en 1900 dans les *Archives générales de Médecine* par Lereboullet et Bernard sous le titre : Deux cas d'an-kylose vertébrale d'origine blennorrhagique ; nous y reviendrons en détail.

A la Société de Médecine de Lyon en 1901, M. le professeur Lépine critiquait la dénomination de spondylose donnée par Marie à une variété de rhumatisme chronique et insistait sur ce fait que souvent la spondylose était causée par la blennorrhagie.

Enfin nous n'oublions pas que nous avons entendu, à sa clinique de l'Hôtel-Dieu, M. le Professeur Bondet, prendre l'occasion d'un malade dont nous publions l'observation, pour insister sur cette complication de la blennorrhagie.

Nous avons rassemblé à la fin de ce travail dix observations de spondylose à un stade plus ou moins avancé et dans lesquelles nous avons vue signalée la blennorrhagie ; nous étudierons dans chacune d'elles l'importance de son rôle étiologique.

Dans un premier groupe nous avons réuni un certain nombre de cas dans lesquels la blennorrhagie nous semble être la cause unique et très nette de l'affection. A ce point de vue notre observation I est intéressante à plus d'un titre.

Et tout d'abord il nous semble utile d'insister sur ce fait que notre diagnostic s'impose ; notre malade n'est évidemment pas impotent au même degré que les sujets présentés par Marie ; mais nous avons insisté dans notre premier chapitre sur les formes atténuées de spondylose ; et les symptômes observés dans notre cas ont imposé à plusieurs reprises le diagnostic de

Mal de Pott cervical; que cette rigidité, au lieu d'être progressive, ait regressé sous l'influence du travail, nous n'en sommes pas moins convaincu que ce cas doit être rangé à côté de la spondylose dont il a pendant plusieurs mois présenté les symptômes et dont il aurait pu par une marche progressive réaliser le type, si le traitement ne l'avait arrêté à sa première étape.

D'autre part, l'apparition de la maladie deux mois après un écoulement qui persista très longtemps à l'état de blennorrhée; sa limitation à un petit nombre d'articulations à siège insolite comme les articulations de la colonne vertébrale, l'articulation sterno-claviculaire; le peu de mobilité de ces arthropathies sous des formes diverses: arthrites et périarthrites vertébrales, hydarthrose du genou, arthralgie du talon; l'inefficacité de la médication salicylée, l'absence d'état général grave et de cardiopathie, l'amélioration progressive et très lente des symptômes: tous ces caractères joints à l'absence de toute autre notion étiologique nous font affirmer que la blennorrhagie est bien dans ce cas la cause unique des manifestations articulaires.

Plus démonstrative et à plusieurs points de vue est notre observation II, empruntée à la communication de Lereboullet et Bernard dans les *Archives générales de médecine de 1900*.

Sans doute leur malade, bien que condamné par ses douleurs à une inactivité à peu près absolue, n'est pas impotent au même degré que les malades présentés par Marie: toutefois, on retrouve chez lui l'ankylose vertébrale totale avec cyphose marquée et la limita-

tion des mouvements dans les articulations de la racine des membres; d'ailleurs, l'affection suit une marche progressive, et il ne semble pas qu'aucun traitement puisse dorénavant faire rétrocéder ces différentes manifestations : toutes ces raisons permettent d'affirmer le diagnostic de spondylose.

Au point de vue étiologique, surtout, cette observation nous paraît concluante : les accidents articulaires se montrant quelques jours après le début d'un écoulement blennorrhagique abondant et long à tarir, envahissant l'articulation temporo-maxillaire; la coïncidence de l'iritis, d'une orchite qui dénotent l'infection profonde de l'organisme ; à maintes reprises, la récurrence de poussées rhumatismales survenant à la suite d'excès de boisson qui motivaient la réapparition de l'écoulement urétral; enfin, toute l'allure clinique de la maladie ne permettent pas le doute et imposent l'étiologie blennorrhagique seule.

Il est vrai que ce malade a toujours été un grand buveur, et nous reviendrons sur cette donnée au sujet d'un autre cas que nous publions, mais nous pensons que l'alcoolisme n'a joué d'autre rôle que celui d'éterniser l'écoulement ; mais quelle que soit la cause de la recrudescence de l'affection urétrale, c'est bien cette blennorrhagie qui, par les poussées successives de rhumatisme qu'elle a occasionnées, a amené l'ankylose vertébrale définitive avec limitation partielle dans les mouvements des épaules et des hanches.

Un des premiers cas de spondylose rhizomélique est celui rapporté par Raymond à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (voir notre observation III); cette

fois aussi à la suite d'une blennorrhagie, nous trouvons des douleurs puis une véritable soudure de la colonne vertébrale, avec extension aux articulations coxo-fémorales: l'inefficacité de tout autre traitement, l'amélioration lente avec le massage, les pointes de feu, l'électrisation, en même temps que la localisation anormale du début, plaident en faveur du rhumatisme blennorrhagique; le malade se trouve très amélioré, puis les douleurs et l'ankylose se réinstallent chez lui. Cette récurrence apparaissant à la suite de divers excès et d'un voyage à l'étranger nous serait d'un grand secours pour asseoir notre diagnostic, si la réapparition de l'écoulement avait été notée; mais la coexistence de la blennorrhagie, lors de la première atteinte et les particularités que nous avons signalées dans l'évolution et le traitement des accidents, doit nous suffire, en l'absence de tout autre facteur étiologique, pour formuler le diagnostic de la nature blennorrhagique de ces manifestations rhumatoïdes ankylosantes.

Plus précise est notre observation IV extraite de la communication de Rendu à la Société médicale des Hôpitaux de Paris; dans ce cas, la spondylose se montre à une période plus avancée, l'ankylose cervico-dorsale remonte à plus d'un an et l'arthrite sèche a envahi les articulations scapulo-humérales.

Comme dans l'observation précédente, la colonne vertébrale a été atteinte d'emblée dans la première période d'arthrites multiples consécutives à une blennorrhagie chez un sujet indemne jusqu'alors de toute manifestation rhumatismale et de toute cause d'infection; ajoutons à cela, pour justifier notre conviction,

les signes suivants que nous retrouvons encore : siège insolite de l'affection, peu de mobilité et petit nombre des arthropathies, tendance à la chronicité et à l'ankylose, absence d'état général grave.

Dans ces quatre premières observations c'est en nous appuyant sur des signes cliniques de grande valeur que nous pouvons affirmer que chez nos malades, blennorrhagiens récents, indemnes de toute autre infection, les manifestations arthropathiques, à type de spondylose, qu'ils ont présentées doivent être rapportées à la blennorrhée.

Mais les relations de la blennorrhagie avec les accidents articulaires qui peuvent survenir dans la suite ne sont pas toujours aussi manifestes.

Certes nous ne voulons pas incriminer le gonocoque ou ses toxines chez tous les individus qui, ayant eu une chaudepisse à 20 ans, pourraient, à une époque quelconque de leur vie, présenter de l'ankylose vertébrale ; le vieil adage *post hoc, ergo propter hoc* se trouverait trop souvent alors de mise.

Toutefois, il est des cas dans lesquels la blennorrhagie, quoique assez ancienne, mérite d'être prise en considération.

Nous n'en voulons pour preuve que le cas d'un malade de Cornil présenté par Milian, et que nous rapportons dans notre observation V ; résumons les grands traits de son histoire : à 16 ans, blennorrhagie rebelle ; à 17 ans : hydarthrose du genou droit ; à 22 ans, fièvre typhoïde ; à 24 ans, fièvre intermittente ; à 34 ans, sciatique droite ; à 40 ans, « sans contagé féminin, à la suite de surmenage et d'un changement de régime (?)

réapparition de l'écoulement pendant deux semaines » ; à 42 ans, arthrites cervicale et médio-tarsienne ; à 43 ans, ankylose de la région cervicale.

Sans nul doute nous avons le droit de mettre sur le compte de la blennorrhagie l'hydarthrose du genou droit qui s'est montrée peu de temps après, prouvant l'envahissement profond de l'organisme par le gonocoque.

Quant à la seconde uréthrite, était-elle de nature blennorrhagique ? nous ne pouvons l'affirmer, car il nous faudrait admettre le réveil par des écarts de régime de gonocoques restés pendant plus de vingt ans à l'état latent ; mais après tout cela n'est peut-être pas aussi invraisemblable, étant donnée l'insidiosité des symptômes de l'uréthrite chronique ; d'autre part les accidents articulaires qui devaient aboutir à l'ankylose cervicale nous paraissent nettement en rapport avec ce second écoulement et plaident en faveur d'une gonorrhée.

Quoi qu'il en soit et que nous ayons affaire à la recrudescence d'une blennorrhagie très ancienne mais assez grave pour avoir donné des complications articulaires, ou bien, à l'apparition d'une nouvelle, il n'en est pas moins vrai que le gonocoque nous paraît avoir joué un rôle important dans l'étiologie de ce nouveau cas de rhumatisme vertébral.

Les relations de cause à effet sont souvent moins évidentes : dans notre observation VI, la blennorrhagie est très ancienne, puisque c'est après seize années qu'apparaissent les premières douleurs dans le cou et la nuque : en l'absence de toute autre étiologie nous

pourrions à la rigueur songer à accuser le gonocoque ; mais trois ans après il intervient une donnée dont il nous faut tenir compte : c'est à la suite d'un travail pénible dans l'eau que s'exaspèrent les accidents qui vont nous donner une spondylose presque typique.

Nous savons combien grande est l'importance du froid humide dans les manifestations du rhumatisme articulaire, nous croyons donc plus vraisemblable d'incriminer surtout ce facteur.

Notre observation VII empruntée à l'article de Lereboullet et Bernard dans les Archives générales de Médecine, nous paraît beaucoup plus valable. Le malade est condamné par son métier de puisatier à travailler toujours dans l'humidité, et cette donnée pourra paraître une cause suffisante pour expliquer ses différentes manifestations articulaires ; mais dans ce cas il nous semble que c'est peut-être encore la blennorrhagie qui a joué le plus grand rôle. Chez ce patient, on remarque : une première gonorrhée à 20 ans ; une deuxième à 29 ans qui se prolonge pendant six mois ; une troisième à 38 ans. La dernière est suivie, alors que le malade n'a encore présenté aucune manifestation articulaire, d'un rhumatisme de l'articulation tibio-tarsienne ; puis rapidement se montrent des douleurs dans la nuque qui deviennent de plus en plus intenses ; au bout de cinq ans c'est une spondylose typique, avec ankylose de la colonne vertébrale, des hanches et des épaules. L'ensemble des caractères cliniques déjà énumérés dans nos observations précédentes et surtout la coïncidence d'un troisième écoulement lors des premiers symptômes arthropathiques nous commandent

d'accuser la blennorrhagie, il paraît bien probable que dans ce cas elle a été la cause déterminante de l'affection ; nous pensons que le froid humide, prédisposant le sujet à des généralisations articulaires, n'a été qu'une cause accessoire, occasionnelle.

Nous devons retenir de cette observation qu'il est des cas dans lesquels la blennorrhagie, en présence d'une autre donnée très légitime, comme l'humidité, nous apparaît cependant comme le facteur prépondérant de cette étiologie complexe.

Et parfois, la multiplicité des causes rend le problème encore plus difficile : nous n'en voulons pour preuve que notre observation VIII, communiquée par Renault en 1899 à la *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie* : l'auteur fait remarquer que son malade est depuis longtemps un éthylique avéré ; on trouve chez lui les visions effrayantes, les apparitions bizarres, les cauchemars, les boules lumineuses... tous les méfaits nocturnes réalisés par l'alcoolisme chronique ; et les ankyloses diverses qu'il présente sont mises sur le compte de l'absinthe qu'il a bu pendant son service militaire en Afrique ; mais, à quatre reprises, ce malade a subi l'infection du gonocoque : la première blennorrhagie a duré huit mois, la seconde six semaines ; la troisième, survenue huit ans plus tard, s'éternise pendant cinq années et guérit « plutôt en apparence qu'en réalité ». C'est à l'occasion d'un travail pénible dans l'eau, et un an avant la guérison de ce troisième écoulement, qu'apparaissent les premiers symptômes dorso-lombaires qui s'amendent après six mois d'hôpital, ne laissant persister qu'un peu de raideur. Dans ce cas, il semble

bien que le froid humide ait joué le rôle déterminant dans ces manifestations articulaires; toutefois, on ne peut passer sous silence la blennorrhée interminable que présente le malade, et il nous paraît très légitime de lui accorder au moins une part accessoire dans l'étiologie. Mais, cinq ans après, il survient une quatrième atteinte du gonocoque, qui ne dure que quelques jours; quoi qu'il en soit, cette dernière blennorrhagie, à peine guérie, est suivie d'une nouvelle poussée articulaire qui, au bout de plusieurs années, doit aboutir à l'ankylose, et, cette fois, le malade n'a pas eu besoin de s'exposer à l'humidité; ne sommes-nous pas en droit de prétendre que l'écoulement a été la cause déterminante de la récurrence des arthropathies?

Les excès vénériens qu'on a voulu incriminer ont bien pu ajouter leurs effets à l'alcoolisme; mais, nous ne pensons pas qu'on doive leur accorder d'autre rôle que celui d'avoir entretenu les inflammations uréthrales et amené une débilité générale de l'organisme, favorisant l'extension du gonocoque.

Dans cette observation où l'auteur semble faire jouer le plus grand rôle étiologique à l'alcoolisme, puis à l'humidité, enfin à la blennorrhagie, nous pensons avoir le droit de renverser les termes et d'accorder à la blennorrhagie, l'influence prépondérante.

Le gonocoque se trouve associé à d'autres microbes dans l'étiologie de quelques cas de spondylose, en particulier avec le bacille de Koch.

Que la spondylose rhizomélique puisse être de nature tuberculeuse, cela ne fait aucun doute après la communication de M. le professeur Poncet à la *Société*

médicale des hôpitaux de Paris, et la communication de M. Pic, médecin des Hôpitaux, et de son interne, M. Bombes de Villiers, à la *Société de Médecine de Lyon*, le 27 juillet 1903, avec présentation de pièces anatomiques.

Nos deux dernières observations provenant du service de M. le professeur Bondet, se rapportent à deux malades présentant de l'ankylose de la colonne vertébrale à forme de spondylose : nous trouvons associés dans les deux cas le gonocoque et le bacille de Koch ; nous voudrions étudier l'importance de chacun d'eux dans l'étiologie de cette affection.

Dans notre observation IX, il nous semble hors de doute que la première atteinte de rhumatisme articulaire aigu généralisé soit sous la dépendance de la blennorrhagie : il nous paraît judicieux de qualifier de blennorrhagiques, des accidents articulaires survenant trois semaines après le début de l'écoulement, sans lésions cardiaques ou rénales, et sans étiologie bien nette : que le malade fût blanchisseur, cela n'empêche pas que la cause déterminante de son rhumatisme paraît bien être l'écoulement urétral.

Six ans après, une poussée subaiguë tortura le malade depuis 24 ans jusqu'à 32 : en l'absence d'une autre étiologie, nous en sommes réduits à invoquer le gonocoque comme dans la première atteinte. Depuis l'âge de 32 ans, le malade ne souffre que très peu, et ce n'est qu'à 51 ans qu'apparaissent des manifestations articulaires multiples, aboutissant à l'ankylose de la colonne vertébrale.

Le malade fait ainsi plusieurs séjours à l'Hôtel-Dieu

pendant lesquels on ne signale rien du côté des viscéres ; mais à un examen ultérieur fait à l'âge de 57 ans on trouve des signes nets d'induration du sommet droit.

Cette constatation, en quelque sorte ultime, doit-elle faire considérer comme de nature tuberculeuse le rhumatisme ankylosant observé chez notre malade ? Nous croyons difficile d'attribuer en tout cas les premières poussées arthropathiques, si nettement en rapport avec l'urétrite gonococcique, à l'influence du bacille de Koch ou de ses toxines. Quant à l'évolution ultérieure de la spondylose, on pourrait avec plus de vraisemblance en rendre responsable le bacille de Koch, mais il semble logique d'admettre que les poussées gonococciques antérieures ont néanmoins joué un rôle localisateur important. Et d'ailleurs la tuberculose ne pourrait-elle pas être considérée comme une complication, comme le résultat d'une infection si aisée à réaliser dans le milieu hospitalier, surtout sur un terrain ainsi préparé ? Nous ne voulons et ne pouvons pas trancher la question. Il y a là évidemment une étiologie complexe et il serait peut-être plus prudent de voir dans l'ankylose progressive observée le résultat d'une collaboration de plusieurs microbes, l'effet d'une action polytoxinique.

Dans notre dernière observation (X) la blennorrhagie est en rapport direct avec les manifestations articulaires de la colonne vertébrale, puisque celles-ci débutent au deuxième mois d'un écoulement qui persiste ; les phénomènes progressent lentement pendant deux ans et l'intensité des symptômes fait porter suc-

cessivement les diagnostics suivants. Rhumatisme subaigu, Mal de Pott, pachyméningite, coxalgie, myélite, rhumatisme blennorrhagique.

Le traitement spécifique du rhumatisme est inefficace ; on'améliore peu à peu le malade avec la révulsion, le massage, les bains sulfureux, les bains de lumière, les thermoplasmes : ces considérations ne peuvent qu'affirmer notre diagnostic ; depuis son entrée en mai le malade n'avait présenté aucun signe du côté des viscères ; en juillet, après un séro-diagnostic tuberculeux, pratiqué par M. P. Courmont, médecin des hôpitaux, et trouvé positif à 1/10, un examen attentif révèle des signes d'induration au sommet du poumon droit.

Est-ce là un signe suffisant pour appeler tuberculeuses les lésions présentées par notre malade ? La blennorrhagie semble avoir été nettement la cause des accidents qui ont suivi et n'ont jamais disparu complètement ; nous n'avons pas le droit de la négliger. Que le bacille de Koch se soit introduit à la faveur et même à côté du gonocoque, cela est fort possible ; le séro-diagnostic serait plus démonstratif en l'absence de signes pulmonaires : il prouverait qu'il existe ailleurs qu'aux poumons une colonie de bacilles de la tuberculose ; du reste un organisme débilité par seize mois de souffrance et d'impotence, n'est-il pas, pour contracter la bacillose, dans des conditions éminemment favorables que le séjour prolongé dans un hôpital ne peut qu'accentuer ? Quoi qu'il en soit, on est en droit de supposer que dans les cas tels que celui que nous publions, on peut être en présence d'une infection

associée de deux microbes, le deuxième trouvant un terrain de culture tout préparé dans un organisme affaibli par le premier.

Comme nous venons de le dire plus tôt ces arthropathies relèvent peut-être dans certains cas d'une étiologie complexe.

En tout cas nous croyons que même ici la blennorrhagie est un facteur non négligeable. Nous pensons par cette discussion très impartiale et par tout l'exposé précédent avoir montré toute son importance dans l'étiologie du rhumatisme vertébral chronique et de la spondylose rhizomélique. C'était là le but que nous nous étions proposé.

OBSERVATION I (Inédite)

Service de M. le Professeur BONDET, 1902.

(Due à l'obligeance de M. CADE, chef de Clinique)

Blennorrhagie, pseudo-rhumatisme subaigu avec localisation persistante et prédominante dans la colonne vertébrale, guérison ultérieure.

D... Louis, 29 ans, employé de bureau ; père mort d'accident, mère vivante anémique ; un frère mort d'accident, une sœur morte anémique ; trois frères encore vivants et bien portants.

Personnellement : aucune maladie dans l'enfance et très bonne santé habituelle ; réformé pour otite moyenne gauche traumatique (coup de pied de cheval).

Au mois d'août 1901 le malade contracte une blennorrhagie du reste bien traitée.

Au mois d'octobre 1901 il est reçu à l'Hôtel-Dieu pour des phénomènes douloureux généralisés dans toutes les articulations; l'affection avait débuté par un malaise général, de la fièvre; puis des douleurs rhumatismales s'étaient montrées dans les articulations des membres inférieurs alternativement, avec prédominance du côté droit, le genou droit atteint d'hydarthrose. Lors de l'admission à l'hôpital, les phénomènes douloureux sont surtout intenses *du côté de la colonne vertébrale*; pas de déviation, mais raideur très marquée, douleurs atroces à la pression des apophyses épineuses ou à l'occasion d'un mouvement, *immobilité complète*: tous ces signes, occupant surtout la colonne cervicale, en ont imposé pour un Mal de Pott; le malade est reçu dans un service de chirurgie où il reste deux mois et d'où il sort pour rentrer dans la salle Saint-Augustin.

Les douleurs se sont localisées et atténuées: elles persistent à la face dorsale du pied droit, où il y a un œdème tenace avec sudations perlées et élévation de température, au genou droit et à l'épaule droite qui sont le siège de craquements très nets. Du côté de la colonne le malade souffre beaucoup moins; il est encore un peu raide et la pression sur les apophyses épineuses éveille encore des sensations pénibles.

La survenue d'une douleur au niveau des articulations sterno-claviculaires fait rechercher l'écoulement urétral sur lequel le malade n'attirait pas au début l'attention, mais qui existait indiscutablement depuis des semaines.

Les douleurs plus diffuses dans les deux membres

inférieurs et les troubles de la sensibilité dans ces deux membres avaient fait songer à une compression radiculaire et à la pachyméningite spinale.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Le salol et l'antipyrine sont administrés sans grand résultat; grâce aux bains de vapeur, au bout de quelques semaines on note une amélioration lentement progressive; toutefois si les phénomènes ont régressé, il existe encore un peu de raideur, des craquements et de l'empâtement dans la colonne cervicale, mais tout cela très atténué quand le malade part pour Longchêne en mai.

Amélioration progressive mais très lente; le malade reste un mois à Longchêne, se repose ensuite quelques semaines et reprend son travail de bureau.

En juin 1903, le malade fait un nouveau séjour à l'hôpital; on constate des sueurs très abondantes des pieds, puis de l'inflammation et enfin des douleurs sourdes et continuelles dans l'articulation tibio-tarsienne, et de chaque côté du tendon d'Achille; malgré les bains sulfureux et les bains de vapeur, persistance de la raideur et des phénomènes douloureux, sans œdème, dans le talon et l'articulation tibio-tarsienne droite, rendant la marche à peu près impossible.

Du côté de la colonne vertébrale les phénomènes ont à peu près disparu : à noter toutefois quelques douleurs spontanées avec irradiations dans tout le rachis, apparaissant surtout la nuit.

Assez souvent le malade perçoit des craquements indolores dans l'épaule et dans le genou droits. On ne note aucune déformation.

L'examen somatique reste négatif. En particulier rien du côté des sommets des poumons.

OBSERVATION II

(P. LEREBoullet et H. BERNARD. *Archives générales de Médecine*, 1900. Tome I, page 453, observation I.)

Th... Henri, âgé de 43 ans, comptable, est entré le 21 août 1899 à l'hôpital Saint-Antoine.

De bonne santé habituelle, n'ayant eu d'autre maladie grave qu'une fluxion de poitrine à l'âge de huit ans, il est grand buveur surtout depuis l'âge de vingt ans.

Pas de syphilis.

Ses parents n'étaient pas sujets au rhumatisme ; son père est mort d'un cancer du foie à 42 ans, sa mère d'hémiplégie à 77 ans ; un de ses frères a eu comme lui des poussées de rhumatisme blennorrhagique, moins intenses, ayant laissé toutefois des déformations persistantes des orteils.

A 28 ans, première blennorrhagie ; l'écoulement lent à tarir, dura six mois et s'accompagna d'orchite gauche d'ailleurs passagère ; huit jours après le début de cet écoulement, un rhumatisme multi-articulaire débutait par les genoux, envahissant rapidement les autres jointures, notamment la temporo-maxillaire. Fièvre pendant plus d'un mois, et persistance prolongée des douleurs articulaires malgré un traitement salicylé intensif. Au cours de cette première atteinte de rhumatisme blennorrhagique dont l'évolution

complète fut de près de six mois, poussée oculaire très intense (iritis avec conjonctivite) qui apparut trois mois après le début de l'écoulement uréthral et dura près de trois mois avec cécité presque complète.

À la suite de cette première attaque, il reprit sa vie ordinaire, gardant une goutte uréthrale pendant un an, mais sans aucun trouble articulaire.

Deux ans plus tard, nouvelle blennorrhagie à 30 ans : même marche que la précédente, même poussée rhumatismale intense durant quatre mois et laissant cette fois des déformations constituées au niveau des orteils ; même poussée oculaire, pas d'orchite.

Depuis ce temps il a eu à maintes reprises de nouvelles poussées rhumatismales survenant le plus souvent à la suite d'un excès de boisson et accompagnées d'un nouvel écoulement uréthral ; chacune de ces poussées durait, huit, quinze jours, un mois, frappant surtout les genoux, les épaules, les articulations des orteils, séparées par des périodes d'accalmie de durée variable, quatre mois environ.

Pendant huit ans il a eu ainsi des poussées réitérées de rhumatisme, ne s'accompagnant jusqu'alors d'aucun symptôme vertébral.

Il y a cinq ans, à l'âge de 36 ans, il eut une forte poussée articulaire et entra d'abord à Saint-Antoine puis à Lariboisière. C'est alors qu'après un début fébrile de trois à quatre jours il ressentit outre ses douleurs habituelles au niveau des genoux, des épaules, du cou-de-pied, de violentes douleurs dans les reins et le long de la colonne vertébrale, surtout au niveau de la région lombaire, avec élancements dou-

loureux en éclairs dans les membres inférieurs, avec quelques douleurs au niveau du cou ; les réflexes rotuliens étaient presque abolis, il y avait une légère incontinence d'urine : on porta le diagnostic de méningo-myélite blennorrhagique.

Après un séjour de trois mois à Lariboisière, il put sortir, mais en gardant une extrême faiblesse dans les jambes, obligé pour marcher de s'aider d'une canne ; sa tête pouvait encore tourner mais avec difficulté ; ce n'est que depuis que les mouvements de la tête sont devenus presque impossibles.

Progressivement la gêne des mouvements augmenta avec poussées rhumatismales tous les deux ou trois mois, frappant surtout les hanches, les genoux, les épaules, l'obligeant à interrompre son travail et à faire plusieurs séjours hospitaliers.

C'est dans ces conditions qu'il entre à Saint-Antoine en août 1899.

Etat actuel. — Le malade est solide, de bonne santé générale, avec tendance à l'obésité ; il n'a d'ailleurs aucun trouble important des appareils divers. C'est exclusivement pour ses troubles articulaires, pour la gêne des mouvements de la tête et de la colonne, pour les douleurs qu'il éprouve au niveau des épaules, des hanches et des genoux, qu'il rentre à l'hôpital.

Le malade se tient dans une attitude très spéciale, due à l'ankylose marquée du rachis, et qui frappe tout d'abord. La tête et le cou sont fortement penchés en avant, faisant avec le tronc un angle qui atteint presque l'angle droit ; si on cherche à redresser cette attitude vicieuse, le malade ressent aussitôt une dou-

leur dans la colonne cervicale et s'irradient au niveau du sternum. La tête est fléchie et immobilisée sur le cou. La face regarde en bas et légèrement à droite; les mouvements de flexion et d'extension de la tête sur le cou sont minimes, de même que les mouvements de rotation.

Le cou ne jouit d'aucun mouvement; la proéminente cervicale fait une légère saillie; la partie supérieure de la colonne dorsale est légèrement infléchie sur les vertèbres inférieures; les vertèbres dorsales inférieures, lombaires et sacrées sont situées dans un même plan vertical: il existe donc une cyphose très marquée et nettement angulaire, le sommet de l'angle correspondant à l'union du cou et du dos; il existe de plus un léger degré de scoliose dorsale à convexité droite; on ne note d'ailleurs aucune saillie anormale tout le long de la colonne: il n'existe notamment pas d'exostoses perceptibles par le toucher pharyngien.

Comme la colonne cervicale, la colonne dorsale et lombaire ne permet aucun mouvement; vient-on à prier le malade de ramasser un objet à terre, il n'y parvient qu'à grand peine en fléchissant les genoux et s'appuyant sur les meubles environnants, sans que le tronc perde rien de sa rigidité antéro-postérieure ou latérale.

Lorsqu'on examine le malade, non plus dans la position debout, mais couchée, on voit qu'il ne peut faire porter simultanément sa tête et sa colonne dorso-lombaire sur le plan du lit. Normalement il repose sur le lit par sa colonne dorso-lombaire, la tête soutenue par des oreillers, les jambes en légère flexion.

De même encore si on fait asseoir le malade sur une chaise, on voit que, pour regarder directement devant lui, il est forcé de ne prendre appui que sur la partie tout antérieure de la chaise, mettant ainsi sa colonne dans une forte obliquité en haut et en arrière, qui seule permet le redressement relatif de la tête.

Donc ankylose totale de la colonne vertébrale, amenant la production d'une cyphose cervico-dorsale marquée, avec limitation à peu près complète des mouvements de flexion et de rotation de la tête sur le cou.

Cette ankylose est d'ailleurs indolente ; il n'existe en dehors des crises aucune douleur spontanée ou provoquée ; ce n'est qu'au moment des poussées rhumatismales que le malade accuse des manifestations douloureuses prédominant dans la région lombaire. L'ébranlement général du corps n'est pas douloureux.

Le thorax est à peu près complètement insensible ; le type respiratoire est presque purement abdominal.

Quoique à un degré moins marqué, les grandes articulations des membres sont prises également.

Les articulations scapulo-humérales sont le siège d'assez fréquentes douleurs. Vient-on à faire mouvoir le bras, on constate dans ces articulations (peut-être légèrement gonflées et déformées à droite), d'assez nombreux craquements : leurs mouvements sont d'ailleurs très limités.

Les hanches sont moins prises que les épaules ; pourtant si l'on cherche à fléchir la cuisse sur le

bassin, on peut à peine atteindre la flexion à angle droit ; à gauche la flexion est complète.

A droite l'abduction ne dépasse guère un plan vertical ; elle est plus facile à gauche.

Les genoux ont leur mobilité à peu près conservée, mais ils sont légèrement gonflés et l'on sent dans leurs mouvements des craquements nombreux et intenses.

Les autres articulations prises dans les poussées aiguës sont peu atteintes ; pourtant il faut noter le gonflement de l'articulation sterno-claviculaire déformée à gauche : on sent des craquements dans cette articulation.

Les articulations des doigts prises dans les crises rhumatismales en portent peu de traces ; en revanche les orteils sont gonflés et déviés en dehors, notablement déformés. Les poignets, les tibio-tarsiennes sont à peu près indemnes, les temporo-maxillaires sont peu douloureuses et on n'y sent pas de craquements, mais leurs mouvements paraissent limités.

Malgré l'intensité des phénomènes articulaires anciens ou récents, il existe peu d'atrophie musculaire ; peut-être les muscles de la cuisse et du mollet présentent-ils une légère atrophie. Il n'existe aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale. notamment aucun trouble des réflexes pupillaires. Pas de troubles sphinctériens.

L'état général est satisfaisant. Aucun trouble des viscères. Urines normales.

Au cours de son séjour à l'hôpital, le malade a fait une poussée rhumatismale avec reprise des douleurs, d'ailleurs passagère.

OBSERVATION III.

(*Société médicale des Hôpitaux de Paris.* M. RAYMOND.
24 février 1899).

J'observe en ville un jeune homme de vingt-six ans, qui a contracté des douleurs vives dans la colonne vertébrale à la suite d'une blennorrhagie, et il présente une sorte de soudure de celle-ci comme chez les malades de M. Marie. En outre les articulations coxo-fémorales sont prises, et l'on ne constate rien à l'extrémité des membres.

Ce malade a été amélioré dans une certaine limite par le massage, l'électrisation, les pointes de feu, et deux saisons consécutives à Aix-les-Bains, séparées par un intervalle de quinze jours.

Mais il vient de nouveau de se livrer à quelques excès et, à la suite d'un voyage à l'étranger, il vient d'être repris dans ses articulations coxo-fémorales; il a eu de plus, il y a quinze jours, une nouvelle poussée du côté d'une de ses articulations sacro-iliaques.

OBSERVATION IV

(*Société médicale des Hôpitaux de Paris.* M. RENDU, 14 avril 1899)

Il y a une quinzaine de jours j'ai vu arriver dans mon service un homme de 36 ans, offrant une attitude et une démarche très spéciales; sa tête était penchée en avant, le menton touchant presque le sternum et il était absolument impossible au malade d'exécuter le moindre mouvement de rotation du cou. L'ankylose

des vertèbres était complète dans toute l'étendue de la région cervicale ainsi qu'à la partie supérieure de la région dorsale ; les mouvements reparaissaient dans la moitié inférieure de la région dorsale et de la région lombaire. Malgré l'immobilité absolue du rachis, les muscles des gouttières vertébrales ne semblaient pas atrophiés.

Les autres articulations paraissaient normales, à l'exception des articulations scapulo-humérales qui, sans être fort douloureuses, étaient le siège de frottements et de craquements articulaires très considérables. Les mouvements de l'épaule étaient peu étendus, l'abduction et l'élévation du bras presque impossibles. Cet état d'arthrite sèche était très certainement la première étape d'une ankylose fibreuse.

L'étiologie de cette affection était nettement la blennorrhagie. Indemne de toute douleur rhumatismale jusqu'à l'âge de vingt ans, cet homme avait contracté à cette date une blennorrhagie suivie d'arthrites multiples ; pour la première fois il avait ressenti des douleurs et de la raideur rachidiennes ; à partir de ce moment lentement et progressivement la rigidité de la colonne vertébrale s'était accusée et petit à petit le cou avait été immobilisé. L'ankylose complète remontait à plus d'un an.

OBSERVATION V

(Société médicale des Hôpitaux de Paris. 1899. G. MILIAN)

Ch... Gustave, 43 ans, comptable. Salle Saint-Denis, Hôtel-Dieu, février-mars 1898.

Tête fléchie sur la poitrine avec inclinaison à droite. La colonne est ankylosée à la région cervicale inférieure.

Ankylose des petites articulations du thorax.

Craquements articulaires dans les genoux, épaules, poignets.

Rien aux viscères, Poumons normaux.

Antécédents personnels : ni éthylisme, ni syphilis ;

à 16 ans une blennorrhagie qui dure quatre mois ;

à 17 ans hydarthrose du genou droit ;

à 22 ans fièvre typhoïde ;

à 24 ans fièvre intermittente ;

à 34 ans sciatique droite ;

à 40 ans, sans contage féminin, à la suite de surmenage et d'un changement de régime (?), réapparition de l'écoulement pendant deux semaines.

à 42 ans en 1897 apparition de douleurs dans la nuque et dans l'articulation médio-tarsienne : le traitement a été inefficace et dès le mois de juin 1897 la tête était fléchie.

OBSERVATION VI

(*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 juin 1899, H. MÉRY).

M... Louis, 38 ans, industriel.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Blennorrhagie à 18 ans, il y a vingt ans.

Les phénomènes douloureux datent de quatre ans (1895), propagés cette même année au cou et à la nuque, s'exaspérant pour aboutir les années suivantes à l'ankylose.

Généralisations dans les autres articulations, les épaules surtout.

En 1898, nouvelle poussée dans la colonne vertébrale à la suite d'un travail pénible dans l'eau, envahissement de tout le membre inférieur gauche, puis ankylose coxo-fémorale gauche. Attitude en Z décrite par Marie : cyphose à convexité postérieure, scoliose à convexité droite. Aucune mobilité de la colonne, la soudure y paraît complète ainsi que dans l'articulation coxo-fémorale gauche.

Rien à droite, ni dans les petites articulations.

OBSERVATION VII

(P. LEREBoullet et H. BERNARD. *Archives générales de Médecine* 1900. Tome I, page 453. Observation II)

Homme de 46 ans, puisatier.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Première blennorrhagie à 20 ans en 1873 ;

Deuxième blennorrhagie à 29 ans, qui reste à l'état aigu ou subaigu pendant six mois, année 1882 ;

Troisième poussée blennorrhagique en 1891 à 38 ans ; celle-ci se complique d'abord d'un rhumatisme blennorrhagique de l'articulation tibio-tarsienne ; cette même année, violentes douleurs dans la nuque qui deviennent de plus en plus intenses en 1892-93... en 1896, douleurs dans les hanches, suivant toute la colonne vertébrale, envahissant les épaules.

En 1899, l'ankylose de la colonne vertébrale est complète dans toute sa hauteur ; les articulations coxo-fémorales et scapulo-humérales ne permettent

que des mouvements très limités ; les petites articulations présentent de la raideur très marquée ; enfin, des crises douloureuses subaiguës dans tous les articles atteints condamnent le malade à une impotence à peu près complète.

OBSERVATION VIII.

(*Société de dermatologie et de syphiligraphie.* RENAULT
13 juillet 1899)

Homme de quarante-trois ans, charpentier.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

A dater de 17 ans, succession de blennorrhagies.

La première, à 17 ans, dure huit mois ;

La deuxième, à 22 ans, dure six semaines ;

La troisième, à 30 ans, en 1885, se perpétue pendant cinq ans et guérit plutôt en apparence qu'en réalité au moyen des instillations de nitrate d'argent. Un an avant la guérison de la troisième blennorrhagie en 1889, le malade, à la suite d'un travail fatigant dans l'eau, ressent de violentes douleurs dans la région dorso-lombaire. Quelques jours après, les douleurs se propagent aux autres articulations, notamment à l'épaule et au genou droits et l'obligent à rentrer à l'hôpital où il reste six mois ; guérison avec un peu de raideur de l'articulation scapulo-humérale droite. En 1895, quatrième blennorrhagie durant dix jours ; peu après la disparition de l'écoulement, de vives douleurs se montrent dans les cous-de-pied d'abord, puis envahissent toutes les articulations, avec maximum au rachis, obligeant le patient à se tenir voûté ; le traite-

ment n'aboutit pas, et après des souffrances presque continuelles et des séjours successifs à l'hôpital, le malade présente en 1899, une cyphose prononcée de la colonne vertébrale ; il ne peut redresser la tête et marche péniblement avec une attitude d'empalé ; on note diverses déformations des orteils. Le malade se plaint quand l'observateur comprime ses vertèbres dorsales ; l'élévation des bras est impossible, toute tentative fait sentir des craquements.

Troubles moteurs des membres inférieurs.

Sensibilité normale au tact et à la douleur, mais thermoanesthésie.

Pas de troubles trophiques.

OBSERVATION IX (Inédite)

Due à l'obligeance de M. CADE, chef de clinique. — Service de M. le Professeur BONDET.

Rhumatisme blennorrhagique antérieur (à deux reprises). Rhumatisme chronique à type de spondylose sans ankylose des épaules ni des hanches. Hydarthrose des genoux ; intégrité des mains et des pieds. Induration du sommet droit.

G... Jean, 56 ans, coupeur en corsets, né à Craponne.

Du 4 février au 15 novembre 1902.

Père mort à 74 ans d'une affection aiguë qui l'emporta rapidement.

Mère morte à 63 ans d'un néoplasme du sein.

Deux frères morts d'accidents.

Un frère mort à l'hôpital de la Croix-Rousse d'une affection abdominale sur laquelle le malade n'a pas de renseignements.

Ni tuberculeux ni rhumatisants dans sa famille.

Le malade eut une bonne santé dans l'enfance, commença à travailler jeune, d'abord occupé aux travaux des champs, puis forcé de par son métier de blanchisseur à des séjours prolongés à l'humidité, depuis vingt ans coupeur dans un magasin de confections.

Ni paludisme, ni éthylysme.

En 1870 il prit part au siège de Belfort et resta quatre mois prisonnier en Allemagne, pendant lesquels il se porta bien.

Marié il eut deux enfants très bien portants ; sa femme en bonne santé a eu des fausses couches.

A 18 ans, trois semaines après le début d'un écoulement blennorrhagique, le malade commença à éprouver des douleurs articulaires ; celles-ci prirent dès le début un caractère aigu et généralisé ; elles atteignirent toutes les jointures, celles des mâchoires comme celles des membres ; soigné au moyen de vésicatoires le malade vit disparaître ses phénomènes articulaires au bout de quatre mois ; on n'avait pas constaté alors de lésions cardiaques ou rénales.

A 24 ans ses douleurs le reprirent, se cantonnèrent sur le genou gauche d'abord, puis sur la hanche gauche, enfin sur les articulations du membre inférieur droit, mais les phénomènes arthropathiques étaient moins accusés, les douleurs plus vagues l'empêchant seulement l'été de vaquer à ses occupations ; elles ne disparurent d'une façon définitive qu'à l'âge de 32 ans,

sans que le malade ait fait de traitement spécial ni de cure hydrominérale.

Depuis l'âge de 32 ans il n'a plus souffert que de façon très intermittente, sans que jamais ses douleurs ou ses raideurs aient atteint plus spécialement une jointure.

Il y a cinq ans le malade commença à ressentir des douleurs assez accentuées surtout lorsqu'il se baissait ; en même temps sa colonne vertébrale se voûtait définitivement, et la rachialgie lombaire ne disparaissait plus.

Il y a cinq mois il se mit à souffrir de fourmillements et de picotements dans les extrémités ; puis survinrent des douleurs dans les genoux qui enflèrent, dans les coudes, et enfin pour la première fois de la raideur de la nuque et une attitude vicieuse de la tête : c'était une flexion si marquée que le menton touchait presque le sternum et que les moindres tentatives de redressement provoquaient des douleurs insupportables dans la nuque et l'occiput ; il pouvait à peine se conduire, contraint à garder son regard continuellement sur le sol. Peu à peu la tête s'est un peu redressée, mais depuis longtemps déjà elle s'est immobilisée dans la position vicieuse où elle se trouve aujourd'hui.

Les genoux et les hanches sont plus douloureux qu'auparavant, les mouvements du tronc gênés ; par contre les épaules se meuvent librement comme les coudes ; les mains et les doigts sont un peu raides.

Du côté des fonctions viscérales il existe un peu de dyspnée d'effort et une élévation très notable du taux des urines ; les fonctions digestives sont intactes.

Le malade a perdu ses forces, et c'est surtout la gêne des mouvements du tronc qui l'amène à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée : malade amaigri, teinte décolorée, blanc sale des téguments ; développement très accusé du système veineux aux membres ; pas d'œdème des membres inférieurs ; langue et papilles normales. La face ne présente pas de déviations des traits.

Au cou en arrière, diminution très marquée du volume des masses musculaires, surtout accentuée au trapèze, au sternomastoïdien du côté gauche. Persistance des grands droits postérieurs, des complexus, du splénus.

La tête est comme soudée entre les épaules relevées, la face légèrement penchée en avant, tournée à gauche.

Au membre supérieur, la ceinture scapulaire est un peu atrophiée surtout à gauche, où le relief des muscles scapulo-huméraux et scapulo-vertébraux est notablement diminué ; l'omoplate gauche est plus saillante, plus détachée que la droite ; on note une diminution de volume du grand pectoral gauche. Les coudes et les poignets sont assez mobiles, les doigts peu rigides avec une mobilité latérale marquée des articulations des phalanges.

Le rachis présente une cyphose dorsale très convexe, la colonne lombaire est douloureuse à la percussion.

Aux membres inférieurs, mouvements limités des hanches, hydarthrose très accentuée des deux genoux, les pieds et les cous-de-pied indemnes.

L'examen de la force musculaire la montre plus

accusée à droite, mais nulle part elle n'est notablement diminuée.

Pas de tremblement.

Pas de troubles de la sensibilité ni du sens musculaire; réflexes normaux; pas de troubles psychiques, pas de troubles de la parole.

Vue et ouïes normales.

La station debout s'exécute bien, la marche est lente, légèrement hésitante, la tête immobile vicieusement fixée, la colonne vertébrale raide, les membres inférieurs un peu rigides du fait du peu de mobilité des hanches et des genoux.

Aux poumons : Signes d'emphysème avec quelques sibilances; pas de dyspnée ni d'expectoration.

Au cœur : Pointe mal perceptible, bruits sourds, mal frappés, très voilés, non soufflants, réguliers. Pouls régulier, dur, temporales sinueuses.

Foie petit, un peu rétracté; rien à l'estomac; température et urines normales.

26 avril 1902. — Le malade est beaucoup amélioré, la tuméfaction des genoux est bien diminuée; le genou se fléchit presque complètement. De même, amélioration pour le rachis, le malade lève un peu mieux la tête, mais pas encore complètement; mouvements de latéralité possibles quoique incomplets.

19 février. — Le malade a eu quelques hémoptysies; on constate au sommet droit des signes nets de *tuberculisation*.

OBSERVATION X (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. CADE, chef de clinique. — Clinique de M. le professeur BONDET, à l'Hôtel-Dieu de Lyon)

Sciatique. Rhumatisme chronique blennorrhagique. Localisation vertébrale tenace. Coxalgie gauche. Talalgie droite. Induration légère du sommet droit. Séro-diagnostic tuberculeux positif. (M. P. Courmont.)

P... (Emile), 22 ans, chauffeur, né à Vaulx, entre le 8 juillet 1896 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin.

Père mort d'une cardiopathie; mère d'un tempérament nerveux, a souvent des crises sans perte de connaissance.

Fils unique, non marié.

Pas de syphilis, ni d'alcoolisme.

Rougeole, scarlatine, variole dans l'enfance; depuis, très bonne santé.

L'affection actuelle a commencé par un lombago; huit jours après environ, la région de la hanche droite devenait douloureuse; quinze jours après, les douleurs quittaient cette région pour envahir la hanche gauche et furent dès le début assez fortes pour donner de la boiterie.

On ne trouve au cœur qu'un dédoublement d'ailleurs physiologique du deuxième bruit.

La respiration et la sonorité sont normales dans toute l'étendue du thorax.

Le malade n'indique comme siège de douleurs spon-

tanées que la fesse gauche ; on ne peut, par la pression, réveiller de douleur aux points trochantérien et poplité.

Point de scoliose ; le pli fessier est légèrement abaissé et la fesse aplatie ; l'épreuve de Lasègue donne rapidement de la douleur ; le réflexe rotulien est exagéré du côté malade ; la marche est très défectueuse ; à chaque avancement de la jambe tout le tronc s'incline à gauche et en même temps le genou fléchit. Pas de steppage.

La pression sur la colonne lombaire n'est pas douloureuse.

La soif à peine supérieure à la normale est en rapport avec sa profession de chauffeur ; pas de polyphagie, pas d'amaigrissement.

Pas de troubles de la sensibilité.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Le malade sort amélioré le 20 juillet 1896.

Le 14 mai 1903 il revient de nouveau dans la salle Saint-Augustin, depuis son premier séjour il s'était toujours bien porté et ne se ressentait pas de ses douleurs sciatiques.

Il y a seize mois il fut pris assez brusquement, avec des phénomènes généraux et un peu d'angine, de douleurs vives avec gonflement siégeant au niveau des pieds et de la colonne vertébrale jusqu'à la nuque ; soigné par un médecin pour un rhumatisme articulaire aigu, il resta trois mois dans cet état.

En lui faisant préciser ses souvenirs, il dit *qu'au moment où les douleurs apparurent il avait une blennorrhagie qui durait depuis deux mois et se trouvait à sa période de décroissance : il n'avait plus*

qu'une goutte de temps en temps au niveau du méat.

Il entra à l'Hôtel-Dieu dans un service de médecine où les douleurs vertébrales persistantes et très accusées firent porter le diagnostic de Mal de Pott ; on lui fit de nombreuses pointes de feu le long de la colonne vertébrale ; malgré cela il éprouvait toujours de la raideur et de la gêne au niveau de la colonne vertébrale. Puis comme il avait de la gêne dans la marche et des douleurs au niveau de la hanche gauche, on pensa à une coxalgie et on fit passer le malade dans un service de chirurgie : c'est de là qu'il nous revient, le chirurgien ne lui ayant trouvé aucune manifestation articulaire.

Depuis le début de son affection ; le malade dit qu'il a toujours souffert et été gêné pour marcher à cause des douleurs qu'il ressentait au pied gauche. Jamais on n'a observé de troubles vésicaux ou rectaux ; à un examen antérieur on aurait trouvé de l'anesthésie, siégeant à la jambe droite, au bras gauche et le long de la colonne vertébrale.

Actuellement : Jeune homme d'aspect vigoureux, impotent depuis seize mois ; un peu neurasthénique, et nerveux ; présente un tremblement des paupières, de l'anesthésie pharyngienne, un peu d'hypoesthésie conjunctivo-cornéenne ; le champ visuel semble normal ; pas de zones d'anesthésie ; troubles vaso-moteurs se traduisant par des sueurs généralisées. Les reflexes rotuliens sont brusques, un peu exagérés, surtout à gauche où il existe aussi à la recherche un très léger elonus du pied ; reflexes cremastérien et du fascia lata très nets.

Aux membres inférieurs : le malade étant couché on ne constate pas de déformations évidentes, pas d'œdème des jambes ; cependant le talon droit paraît plus volumineux que le gauche, et avec le compas d'épaisseur on trouve un demi-centimètre de différence.

De même la région du tendon d'Achille paraît un peu épaissie, les gouttières latérales sont moins nettes. C'est la jambe droite qui est surtout le siège de douleurs dans la marche ; elle ne semble rien présenter au niveau des articulations ; la hanche entre autres a tous ses mouvements possibles sans douleurs.

Du côté gauche on observe des signes incomplets de sciatique ; pas de douleur à la pression le long du trajet nerveux ; mais signes de Bonnet et Lasègue ; le pli fessier ne semble pas abaissé.

Le malade marche avec peine, tient ses jambes raides et les appuie brusquement à cause de la douleur, mais ne présente pas de démarche spéciale ; pas de zones d'anesthésie ou d'hypoesthésie ; sueurs abondantes surtout aux aisselles et aux pieds.

Colonne vertébrale : traces nombreuses de pointes de feu. Pas de déformations appréciables à l'inspection, pas de voussures, d'ensellures ou de gibbosités ; pas de douleurs à la pression ni à la percussion à distance. Le malade meut difficilement sa colonne qui est raidie, peu souple, mais on ne constate pas de points localisés.

Rien aux membres supérieurs.

L'examen somatique reste négatif : au cœur les bruits sont réguliers, sans souffle, aux poumons, la

respiration s'entend bien partout avec son timbre normal. Température et urines normales.

16 mai. — Des pointes de feu au niveau de la colonne en arrière à droite ont diminué la douleur.

18 mai. — On note au niveau des jambes à la partie inférieure au-dessus des malléoles deux zones où la peau des jambes est dépourvue de poils et semble plus lisse ; sudations très abondantes.

Juillet 1903. — Le malade est très amélioré ; l'examen fait constater au sommet du poumon droit de la submatité, de la bronchophonie, enfin une expectoration soufflante ; on note le matin une légère expectoration jaunâtre.

Le sero-diagnostic tuberculeux pratiqué par M. le professeur agrégé Courmont est positif au dixième.

CONCLUSIONS

La Spondylose Rhizomélique de Marie n'est qu'une forme clinique de Rhumatisme vertébral chronique, comme le prouve l'étude clinique, anatomo-pathologique et étiologique.

La blennorrhagie est souvent notée dans l'étiologie de cette affection :

A. Elle apparaît parfois comme sa cause prochaine, unique et cliniquement indiscutable.

B. Souvent elle n'en est qu'une cause lointaine dont les relations avec elle sont plus ou moins nettes, et qu'on ne peut invoquer qu'en l'absence d'une autre étiologie.

C. Enfin il est des cas où la blennorrhagie n'entre que comme un facteur étiologique, associée :

a) soit à d'autres causes multiples (humidité, alcoolisme...)

b) soit à d'autres infections (tuberculose...)

Néanmoins son rôle doit être toujours assez important, étant données la prédilection bien connue de la blennorrhagie pour les articulations, et sa grande tendance à faire des arthrites ankylosantes.

VU :

Le Président de la Thèse,
BONDET.

VU :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 18 novembre 1903.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHARD et CLERC. — Ankylose spondylo-rhizomélique et syringomyélie (Soc. de neur. 1^{er} février 1900).
- ALMEIDA PINTO. — Etude clinique des principales formes du rhumatisme articulaire chronique (Montpellier. 1880).
- AMARAL (do). — Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique (Th. Paris, 1891).
- BARJON. — La radiographie appliquée à l'étude des arthropathies déformantes (Th. Lyon, 1897).
- BECHTEREW (Von). — Neue Beobachtungen und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Steifigkeit der Wirbelsäule (Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilkunde, XV).
- BÉRARD et DESTOT. — Polyarthrite tuberculeuse déformante. (Congrès de chirurgie, 97).
- BEZANÇON F. — Pseudo-rumatisme tuberculeux (Société médicale des Hôpitaux, octobre 1901, juin 1903).
- BOUILLAUD. — Traité clinique du rhumatisme. Paris, 1840).
- BOYER M. — Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique ou maladie de Marie (Th., Toulouse 98-99).

- BREGMAN. — De l'ankylose de la colonne vertébrale (Medycyna, 1899).
- BRADFORD. — Ankilous of the spine; three cases following rheumatism; two being of gonorrhoral origin (Annal. of Anat. and Surg., 1883).
- CANTANI. — Ankylose de la colonne vertébrale, spondylose rhizomélisque de Marie (X^e Congrès de la Soc. ital. de méd. int., Rome, 1899).
- CAUBET. — Rhumatisme chronique et arthrite déformante progressive (Rev. méd. de Toulouse, 1889).
- CAZAL. — De l'étiologie du rhumatisme chronique déformant des extrémités à la Salpêtrière. Th. Paris 1897.
- CHARCOT. — Maladies des vieillards, 1889.
- CHAIKEWITCH. — Soudure du rachis. (Vratch 1899).
- CHAUFFARD. — Leçons sur le rhumatisme articulaire aigu et les pseudo-rhumatismes infectieux. (Bull. Med. 1894).
- CHMIELEWSKY. — Arthrite ankylosante de la colonne vertébrale et des grosses articulations. (Questions de médecine neuro-psychique (russe) 1900).
- CORNIL. — Mémoire sur les coïncidences pathologiques du rhumatisme articulaire chronique (Gaz. Med. Paris 1864).
- DANA. — Raideur chronique de la colonne vertébrale. (Medical News, 1899).
- DURAND-FARDEL. — Etude critique de l'étiologie de l'arthrite noueuse (J. d. Conn. méd. prat., Paris, 1880).
- DURAND-FARDEL. — Etude critique des connexions pathologiques de l'arthrite noueuse (Ibid., 1881).
- EGMANN. — Du rhumatisme tuberculeux articulaire aigu. (Th. Lyon 1902).
- FEINDEL-FROUSSARD. — Un cas de spondylose rhizomélisque. (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, octobre 1898).

- GABBI. — Spondylose rhizomélîque. (R. Accad. peloritana di Messina 1900).
- GASNE. — Un cas de spondylose rhizomélîque. (Soc. méd. des Hôpitaux, Paris, 1899).
- GRIFFON. — Un cas de pseudo-rhumatisme tuberculeux primitif. Etude cryoscopique; preuve expérimentale. (Soc. méd. des Hôpitaux, 12 juin 1903).
- HEILIGENTHAL. — Die cronische Steifigkeit der Wirbelsäule (Bechterew), und die cronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule (Strümpbell): spondylose rhizomélîque (Marie). (Centralblatt f. die Grenzbiere der Med. und Chir.; 18 janv. 1900.)
- HEILIGENTHAL. — Contribution à l'étude de l'inflammation chronique ankylosante de la colonne vertébrale. (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1900.)
- HEVEROCH. — Un cas d'arthrite déformant la hanche, se rapprochant de la spondylose rhizomélîque de Marie. (Soc. des méd. tchèques de Prague, 1899.)
- JOUBE. — Contribution à l'étude du rhumatisme vertébral chronique et de la spondylose rhizomélîque. (Th. Lyon 1901.)
- KHINELEWSKY. — Inflammation ankylosante du rachis et des grosses articulations des membres (Questions de médecine neuro-psychique (russe) 1900.)
- KIRCHGASSER. — Ueber chronische ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. (Münsch. Med. Wochensch. 1899.)
- KOEHLER. — Ein seltener Fall von Spondylitis déformans. (Charité Annalen, 1889.)
- KRITSCHESKY-GOCHBAUM (M^{me}). — Sur un cas d'ankylose articulaire progressive et généralisée (synarthrophie). Th. Paris 1900.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Un cas de spondylose rhizomélîque. (Revue Neurologique, 1900.)

- LANCEREAUX. — Leçons de clinique médicale, 1892.
- LEREBOULLET et BERNARD. — Deux cas d'ankylose vertébrale d'origine blennorrhagique, (Archives générales de Médecine, 1900, Tome I.)
- LÉRI. — La spondylose rhizomélisque. (Revue de Méd., 1899.)
- LÉVI et FOLLET. — Myoclonie et spondylose rhizomélisque. (Soc. de Neur., Paris, 1900.)
- LICHTEIM. — Spondylose rhizomélisque.
- MARIE. — Deux cas de spondylose rhizomélisque. (Soc. méd. des hôpitaux (11 février 1898.)
- MARIE. — Leçons de clinique médicale, 1896.
- MARIE. — Sur la spondylose rhizomélisque. (Revue de méd., 1898.)
- MARIE et LÉRI. — Autopsie d'un cas de spondylose rhizomélisque. (Soc. méd. des hôpitaux, 24 février 1899.)
- MARKUSZEWSKI. — Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélisque (Th. Paris, 1899).
- MASSALONGO (de Vérone). — XI^e Congrès international italien de méd. int. (Pise, octobre 1901).
- MAYET et JOUVE. — Le rhumatisme vertébral chronique et la spondylose rhizomélisque. (Gazette des Hôpitaux, juin 1902.)
- MÉRY. — Un cas de spondylose rhizomélisque. (Soc. méd. des Hôpitaux, 1899.)
- MEYER. — Ankylose chronique de la colonne vertébrale. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1899.)
- MILIAN. — Deux cas de spondylose (Soc. méd. des hôpitaux, 1898).
- MILIAN. — Ankylose de la colonne vertébrale (Soc. anat., 3 février 1899).
- MULLER. — Inflammation ankylosante chronique de la colonne vertébrale. (Münchener medicinische Wochenschrift, 1899.)

- PIC et BOMBES DE VILLIERS. — Spondylose rhizomélique et tuberculeuse. (Lyon Médical, 4 octobre 1903.)
- PONCET. — Rhumatisme tuberculeux ankylosant. (Soc. méd. des Hôpitaux, 10 juillet 1903.)
- PONCET et MAILLAND. — Rhumatisme tuberculeux (Pseudo rhumatisme d'origine bacillaire). (L'Œuvre médico-chirurgical, D^r Critzman, directeur, n° 34, août 1903.)
- POULY. — Rhumatisme chronique déformant et tuberculose (Th. Lyon, 1902).
- RAYMOND. — Société médicale des Hôpitaux, 24 février 1899).
- RENAULT. — Société de dermatologie et de syphiligraphie.
- RENDU. — Société médicale des Hôpitaux (14 avril 1899).
- RUBENSTEIN. — Des différentes formes du rhumatisme articulaire chronique. (Soc. de méd. int. février 1900.)
- SACHS et FRÆNKEL. — Rigidité ankylosante progressive de la colonne vertébrale. (The Journal of nervous and mental Disease, 1900.)
- SCHLESINGER (de Vienne). — Ueber die chronische Steifigkeit der Wirbelsäule. (Fischer, Iéna, 1900.)
- SCHLESINGER. — Société impéριο-royale de Médecine de Vienne, 1899.
- SCHULLER. — De l'origine microbienne du rhumatisme articulaire chronique (Communic. à la Soc. de Méd. berlinoise, 1896).
- SENATOR. — Un cas de spondylose chronique. (Berliner Klin. Wochenschrift, 1899.)
- STRÜMPELL. — Bemerkung über die chronische ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule und die Hüftgelenke. (Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1897.)
- TEISSIER et ROQUE. — Rhumatisme chronique. (Traité de Méd. et de Thér., t. III, septembre 1896.)

- TOUCHE. — Rhumatisme chronique ankylosant chez une jeune fille ; pachyméningite cervicale postérieure. (Bull. Soc. Anat. de Paris, 1900.)
- THANASSESCO. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique de la colonne vertébrale (Th. Paris, 1892).
- TRÉBENEAU. — Fréquence du rhumatisme tuberculeux dans les tuberculoses viscérales et les tuberculoses locales (Th. Lyon, 1902).
- TRIBOULET. — Rhumatismes chroniques d'infection. (Revue de Médecine, 1898.)
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.
- VITTORIO ASCOLI. — Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélisque (Il policlinico, 1898).
- WEBER. — Nervous origin. of chronic. art. rhum. (Med. News, 1883.)
- ZENNER. — Rigidité de la colonne vertébrale. (The Journal of nervous and mental Disease, 1899.)
-

